# THESE

DE

## Virgilio A. da Silva Serra

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

# THESE

APRESENTADA Á

## FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Em 31 de Outubro de 1906**

PARA SER

PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

*Virgilio A. da Silva Serra*

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

## DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

## Paralysia pseudo-bulbar

PROPOSIÇÕES

*Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas*

BAHIA

Typ. e Encadernação do Lyceu de Artes e Officios

Dirigida por Prudencio de Carvalho

1906

# Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

**Lentes**

| OS DRS. | MATERIAS QUE LECCIONAM |
|---|---|
| | 1.ª SECÇÃO |
| A. Carneiro de Campos | Anatomia descriptiva. |
| Carlos Freitas | Anatomia medico-cirurgica. |
| | 2.ª SECÇÃO |
| Antonio Pacifico Pereira | Histologia |
| Augusto C. Vianna | Bacteriologia |
| Guilherme Pereira Rebello | Anatomia e Physiologia pathologicas |
| | 3.ª SECÇÃO |
| Manuel José de Araujo | Physiologia. |
| José Eduardo F. de Carvalho Filho | Therapeutica. |
| | 4.ª SECÇÃO |
| Josino Correia Cotias | Medicina legal e Toxicologi a. |
| Luiz Anselmo da Fonseca | Hygiene. |
| | 5.ª SECÇÃO |
| Braz Hermenegildo do Amaral | Pathologia cirurgica. |
| Fortunato Augu sto da Silva Junior | Operaçõese apparelhos |
| Antonio Pacheco Mendes | Clinica cirurgica, 1.ª cadeira |
| Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia | Clinica cirurgica, 2.ª cadeira |
| | 6.ª SECÇÃO |
| Aurelio R. Vianna | Pathologia medica. |
| Alfredo Britto | Clinica propedeutica. |
| Anisio Circundes de Carvalho | Clinica medica 1.ª cadeira. |
| Francisco Braulio Pereira | Clinica medica 2.ª cadeira |
| | 7.ª SECÇÃO |
| José Rodrigues da Costa Dorea | Historia natural medica. |
| A. Victorio de Araujo Falcão | Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular |
| José Olympio de Azevedo | Chimica medica. |
| | 8.ª SECÇÃO |
| Deocleciano Ramos | Obstetricia |
| Climerio Cardoso de Oliveira | Clinica obstetrica e gynecologica. |
| | 9.ª SECÇÃO |
| Frederico de Castro Rebello | Clinica pediatrica |
| | 10. SECÇÃO |
| Francisco dos Santos Pereira | Clinica ophtalmologica. |
| | 11. SECÇÃO |
| Alexandre E. de Castro Cerqueira | Clinica dermatologica e syphiligraphica |
| | 12. SECÇÃO |
| J. Tillemont Fontes | Clinica psychiatrica e de molestias nervosas. |
| João E. de Castro Cerqueira | Em disponibilidade |
| Sebastião Cardoso | Em disponibilidade |

**Substitutos**

| OS DOUTORES | |
|---|---|
| José Affonso de Carvalho (interino) | 1.ª secção |
| Gonçalo Moniz Sodré de Aragão | 2.ª » |
| Pedro Luiz Celestino | 3.ª » |
| Alfredo de Andrade (int.) | 4.ª » |
| Antonino Baptista dos Anjos (interino) | 5.ª |
| João Americo Garcez Fróes | 6.ª » |
| Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans | 7.ª » |
| J. Adeodato de Sousa | 8.ª |
| Alfredo Ferreira de Magalhães | 9.ª » |
| Clodoaldo de Andrade | 10. » |
| Albino A. da Silva Leitão (interino) | 11. » |
| Luiz Pinto de Carvalho | 12. » |

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

O medico exerce no meio em que actùa uma influencia tamanha, tão radicada e tão legitima, que é hoje o que sempre foi e ha de ser sempre o que é: um amigo dos que soffrem, a summa da grandeza moral na terra.

Tudo o que o sentimento encerra de mais divino, o que o segredo acautela com maior recato, o que a esperança bafeja com melhor carinho, as magoas e as feridas, as illusões e a descrença, o tedio, a dor, a saudade, são estados d'alma familiares ao medico, que jurou ter olhos para não ver e ouvidos para não ouvir.

Aprendemos na longa historia dos gemidos a adivinhar no infortunio recalcado no coração tremulante e a confissão escondida pelas *crises* da apnea; conhecemos a humanidade de perto, no que ella tem de mais sincero, no que possue de mais velado; somos seu companheiro na adversidade e quasi nunca partilhamos o goso das suas alegrias. Não solicitamos, para nós, o exercicio profissional garantido pela lei escripta, porque temol-o assegurado pelo reconhecimento dos corações, sublimado na lembrança affectuosa que a piedade materna nos consagra quando beija os cabellos da creatura, poupada pelo desvelo nosso á podridão dos tumulos.

Dr. Nunes de Andrade.

# A QUEM LER-NOS

EIS-NOS finalmente ao termino da jornada.

Se por ventura nasceu alguma vez em nós a idéa de um *prologo* foi mera phantasia.

Todavia, impellidos por um dever imprescindivel e sem pretender ascender as elevadas paragens onde voejam as aguias, traçamos, em pallido esboço, o nosso despretencioso trabalho.

A inspiração de abordar á um assumpto por sua natureza tão complexo, e cujas relações da Psychiatria com a Pathologia do encephalo, as lesões anatomicas de um lado, os syndromas psychopathicos do outro, erigem doùs mundos de phenomenos de que apenas possuimos um imperfeito conhecimento, devemol-a sobremodo ao colendo mestre Dr. João Tillemont Fontes, de cujo espirito culto e infatigavel, só emanam concepções estheticas e moraes.

Patenteemos, tambem, toda a nossa gratidão ao erudito professor de physiologia Dr. Manoel José de Araujo, pela honrosa offerta que nos fez de um parecer *medico-legal*, concernente ao ponto em litigio e constituindo o mais bello capitulo da nossa modesta these.

Cabe-nos ainda o dever e a cortezia de agradecimentos penhorados ao illustrado clinico Dr. Mario Leal, pelo auxilio immensuravel que nos prestou na confecção deste trabalho.

Terminando, impressa deixamos, em rapido bosquejo, a ultima vontade da nossa vida academica, fructo exclusivo da nossa pobreza intellectual e de seis longos annos de locubrações profundas.

E' verosimil que este esforço não poderá figurar nas bibliothecas entre as obras de sciencia, nem achará o leitor o cunho do sabio; mas, um ligeiro rascunho trançado ás pressas e, quiçá, eivado de numerosas lacunas.

E rogamos a quem por accaso consultal-o, com o criterio e conhecimento necessarios, toda a analyse de uma critica inexoravel, cabendo entretanto aos mestres doutos, despedir o golpe.

«*Feci quod potui, faciant meliora potentes*».

VIRGILIO SERRA.

# SUMMARIO

# OBSERVAÇÃO COM AUTOPSIA

## Paralysia pseudo-bulbar por lesão dos nucleos lenticulares

(OBSERVAÇÃO PESSOAL)

M. F. O. pardo, casado, com 43 annos de idade, residente em Belmonte deste Estado entrou para o serviço da clinica psychiatrica e de molestias nervosas sob a direcção do insigne professor Dr. João Tillemont Fontes, no dia 25 de Abril de 1906, indo occupar o leito n. 16, na enfermaria do Hospital de Santa Izabel.

A marcha em passos curtos é feita arrastando a perna esquerda, mantendo-se o pé correspondente e o seu grosso artelho, um pouco dirigidos para fora, não accusando desvio labial nem irregularidades pupillares.

Ao exame dos movimentos expressivos, a face apresenta um certo grau de fixidez, de immobilidade, de inexpressão.

A inervação extrinseca do globo ocular é normal.

O doente, de physionomia inerte, revela-se surdo, não se prestando a informações sobre os dados da anamnese referentes quer ao começo do estado morbido actual, quer em relação a molestias anteriores.

Em estado de mutismo, ás vezes profere algumas palavras em resposta a perguntas feitas; e quando lhe é possivel articular estas respostas, consegue tambem dal-as por escripto, com

letra embora confusa, e escripta uma a uma á custa de grande esforço.

A escripta é mais facilmente conseguida em se lhe mostrando um objecto, do que convidando-o a fazel-a, sem a apresentação delle. Assim elle escreve *xapeu* (chapeu) e *relogo* (relogio) quando se lhe apresentam aquelles objectos.

Entretanto já a não faz com precisão, se, por ventura, tem de dar por escripto alguma resposta, sem o auxilio da vista do objecto a que a idéa se refere.

A sensibilidade parece diminuida ou aliás obtusa, do lado esquerdo, sendo muito embaraçoso precisar-lhe suas modificações, em consequencia da surdez.

Por vezes se ha conservado em mutismo completo, sendo que no começo apenas pronunciava com voz embaraçosa e aphona a phrase: *no mesmo*, o que se intrepretava que elle permanecia n'aquelle estado.

Os reflexos patelares exagerados principalmente o do joêlho esquerdo.

A exploração dynamometrica denota uma energia quasi normal, e a resistencia aos movimentos passivos fica sufficiente.

Projecta muito bem, para fora da bocca, a lingua e a move em todos os sentidos, fazendo-o entretanto com uma lentidão muito pronunciada.

Estas perturbações glosso-labiadas não embaraçam de modo algum a deglutição que se effectua normalmente.

O doente tem uma hemiplegia simples com integridade de sua musculatura no ponto de vista trophico, sem perturbações das reacções electricas.

Quando é interrogado sobre seus filhos, sobre as saudades que delles sente, o enfermo adquire tons depressivos da face e em se insistindo sobre o assumpto, sobrevem o chôro incoercivel e estrindente com perda abundante de lagrimas e saliva, face completamente congesta e traços da physionomia modificados.

Esse estado de angustia com o chôro irresistivel e lancinante perdura por mais de cinco minutos, e só se dissipa quando a emoção se attenúa com a retirada dos circumstantes.

As funcções respiratorias e circulatorias nada têm de anormal; os labios e a lingua não apresentam tremores e conservam os movimentos proprios de sua musculatura.

Em o dia 23 de Junho do mesmo anno retira-se do Hospital a titulo de ir para o seio de sua familia, voltando algum tempo depois áquelle estabelecimento em estado mais adiantado da molestia quando retomamos o fio de nossas observações.

TRATAMENTO. — O emprego de saes mercuriaes, iodureto de potassio instituido desde a entrada e continuado regularmente, não produziram melhora.

Em fins de Julho o estado do doente torna-se sensivelmente peior.

Inappetencia; amarellidão profunda da face e das extremidades; apathia; emmagrecimento e incontinencia das urinas.

Em 3 de Agosto, enfraquecimento progressivo. Somnolencia. Não se levanta mais do leito e não responde mais quando interrogado. A morte sobrevem a 13 de Agosto deste anno.

AUTOPSIA (vinte e quatro horas após a morte). — Procedemos á autopsia na presença e com o auxilio dos Drs. João Tillemont

Fontes professor de clinica psychiatrica e de molestias nervosas, Caio Moura illustrado preparador de anotomia topographica e o distincto estudante do 5.º anno medico Antonio Ignacio de Menezes.

Procedemos á abertura do craneo pelo processo de Dejerine.

CEREBRO.—Os nervos craneanos parecem normaes. Nenhum delles é diminuido de volume de um modo evidente. Nenhum delles está acinzentado.

ARTERIAS DA BASE estão flexiveis. Não apresentam placas athereromatosas, nem coagulos.

*Meninges* não são adherentes. A decorticação é facil.

*Cortex.*—Nada de amollecimento, ao nivel das circumvoluções motoras. Nada no lobo-sphenoidal, occipital ou temporal.

*Hemispherio direito.*—Feito o corte horisontal de Flechsig, pelo Dr. Caio Moura, encontramos uma degeneração de todo nucleo lenticular. A camada optica achava-se normal.

*Hemispherio esquerdo.*—Pelo corte de Flechsig encontrando as mesmas alterações que do lado direito.

*Protuberancia.*—Nada encontramos de anormal.

*Bôlbo* — As pyramides ao exame macroscopico conservam sua perfeita integridade.

Os nucleos do 2.º par não apresentam nenhuma lesão.

Os nervos mixtos estão normaes.

Não encontramos nada de anormal para o 7.º par. Tambem não achamos nada de lesão do pavimento do quarto ventriculo.

# PARALYSIA PSEUDO BULBAR COM DYSARTHRIA

(Observação segunda)

João Gualberto da Silva, de côr preta, solteiro, com 64 annos de idade, morador em Matoim d'este Estado, entrou para o serviço da clinica psychiatrica e de molestias nervosas, sob a direcção do eminente professor Dr. João Tillemont Fontes, no dia 3 de Outubro de 1906, indo occupar o leito n.º 16 da enfermaria do Hospital Santa Izabel.

*Antecedentes hereditarios.* — Mãe fallecida de accidentes do parto. Pae môrto por causa ignorada.

Teve doze irmãos dos quaes sobrevive apenas um não sabendo informar de que morreram os outros.

*Antecedentes pessoaes.*

No anno de 1866, foi acommettido de uma pleurizia e quando em serviço da patria na guerra do Paraguay, teve uma adenite de origem provavelmente syphilitica.

A partir d'ahi nada mais soffreu até o principio de Outubro d'este anno, quando em certa manhã ao deixar o leito, sentiu que a sua palavra, se achava bastante embaraçada, persistindo esse estado até quando o observamos.

O doente marcha desembaraçadamente, afastando porem os pés, como que procurando melhor base de sustentação.

A face embora symetrica, sem que seja chorosa, revela entretanto alguma cousa de tristeza.

A occlusão das palpebras se faz completamente quando o movimento é simultaneo para os dois olhos, não sendo porem este movimento bem executado para cada olho isoladamente.

Os labios não apresentam tremóres nem desvios, mas deixam escoar a saliva para fóra da bocca.

A lingua não apresenta tremor e nem atrophia e move-se perfeitamente em todos os sentidos, conservando intacta a sensibilidade gustativa.

No veu do paladar não se nota assymetria.

A deglutição se faz normalmente, sem que o doente tome precauções particulares.

Os movimentos do maxillar inferior são bem executados.

A dysarthria é muito accentuada e a voz não tem o caracter semiexplosivo, de certos pseudo-bulbares.

Fatiga-se quando falla e não pronuncia bem as consoantes:

Assim elle diz:

«*Pegriça* por preguiça».

«*Tesentos e tintra e trez* por trezentos e trinta e trez».

«*Tetado* por deitado».

«*Pemêro reemento* de *carallalia* por primeiro regimento de cavallaria».

«*Faternidade* por fraternidade».

«*Pogresso* por progresso».

Os membros não apresentam paralysias nem mesmo paresias, queixando-se apenas o doente de uma fraqueza dos membros inferiores sem atrophia perceptivel.

Os reflexos patelares se acham um pouco exagerados sobre tudo no lado direito.

A sensibilidade ao tacto é normal em todas as regiões.

A posição de pé não lhe é muito possivel, sendo que com os dois pés unidos o doente cambalêa.

O apparelho respiratorio conserva sua integridade.

O coração hypertrophiado apresenta sôpro nos fócos pulmonar, aortico e mitral.

Em 17 de Outubro deste mesmo anno o paciente retira-se do Hospital, embaraçando portanto o fio da nossa observação que aliás incompleta, nos leva a crer que se trata de um caso de paralysia pseudo-bulbar com dysarthria em um individuo que apresenta signaes evidentes de arterio-sclerose e que provavelmente essa alteração se origina de uma thrombose dos pequenos vasos que irrigam o territorio da capsula interna.

Em face pois desses phenomenos pathologicos pouco accentuados, mas desta dysarthria assaz pronunciada, podendo por si só caracterisar o pseudo-bulbar, excluimos qualquer outro conceito que porventura possa nascer em o nosso espirito.

**Exame de sanidade feito em 8 de Maio de 1905 na pessôa de F. — de 50 annos de idade, de constituição forte etc.**

*Estado actual do doente:*

Pela inspecção visual dos traços physionomicos do paciente, nota-se logo a inercia e atonia da face que se apresenta distendida (sem dobras ou rugas), sem expressão, com a immobilidade especial do estupôr.

Existe certo ar de espanto na physionomia do doente; fixidez dos traços e mobilidade constante dos olhos, grandemente abertos.

Imprimindo a esta mascara pronunciado estupôr, deixando escoar pelos cantos dos labios grande quantidade de saliva fluida, provavelmente de origem parotidiana é a face do doente frequentemente agitada por movimentos involuntarios, reflexos, e que são caracteristicos do *riso* e do *chôro espasmodicos*; phenomeno de alto valor na interpretação clinica do syndroma morbido.

Os reflexos faciaes são conservados.

Não ha estrabismo facial mas semi contractura bilateral, que impede o desvío das commissuras: pelo exame dos labios verifica-se a tendencia geral ao espasmo, que se revela por movimentos rapidos e de alguma duração dos musculos excitados. No doente não ha impossibilidade, e sim grande difficuldade de assobiar e de soprar. A lingua é as vezes desviada (assim o affirmamos por termos observado em exames anteriores), mal se movimentando na cavidade buccal quer para os actos de phonação quer para os de deglutição.

Em relação aos primeiros actos, comquanto não tenha o doente aphasia motôra ou sensorial e perturbações paraphasicas, embora seja sua palavra comprehensivel, todavia é ella ligeiramente embaraçada (dysarthria); e a voz baixa, surda, monotona com a mesma intonação qualquer que seja o pensamento a exprimir, é modificada em seu timbre e intensidade. Quanto aos movimentos complicados da deglutição, que, como os da mastigação e da phonação, são estreitamente subordinados, por sua apparente espontaneidade, á actividade do cortex cerebral, são elles incompletos, por quanto além de ser a mastigação lenta e demorada, com a sua realisação conservam-se particulas alimentares no interior da cavidade buccal por algum tempo.

No estudo clinico do doente nada encontramos que revelasse alterações nos nucleos bulbares do 5.° par (trigemeo) do 7.° (facial), do 9.° (glosso pharyngeo) do 10.° (pneumogastrico) e do 12.° (hypo-glosso), cujos reflexos são conservados com reforço de alguns.

No paciente com excepção de algumas desordens de caracter dynamico ou funccional no apparelho cardio pulmonar, não se encontram perturbações que, por sua constancia e gravidade constituem o perigo das akynesias bulbares verdadeiras, da paralysia labio-glosso-laryngea, typo classico de Duchenne.

Na locomoção do doente, que se revela pela debilidade da musculatura, pela fraqueza geral, pela hesitação, falta de segurança da altitude que o torna as vezes preguiçoso, receioso de se mover, de passeiar mesmo na chacara em que reside, ao ponto de procurar frequentemente o leito aonde passa a maior parte do tempo a dormir ou em immobilidade e completo silencio, ob-

serva-se o notavel e caracteristico phenomeno da marcha em pequenos passos «*á petits pas*», reputado de tamanha importancía por Brissaud no diagnostico da pseudo paralysia bulbar, que o considera capaz de permittir o diagnostico da molestia a distancia, só havendo semelhança com a marcha do *parkinsoniano*, da qual entretanto, pór outros lados differe.

Nenhuma das outra perturbações, mais commummente assignaladas no syndroma morbido da paralysia do véo do paladar etc., foi por nós descortinada nos exames clinicos e periciaes repetidos, que fizemos; o que cada vez corrobóra mais em nosso espirito a realidade do diagnostico feito desde as primeiras observações clinicas do enfermo—paralysia pseudo-bolbar—por quanto, como diz Brissaud, o syndroma pseudo-bôlbar não é sempre, como o da paralysia labio-glosso-laryngea de Duchenne, o mesmo, pois que resultando ordínariamente de thromboses multiplas e successivas, representa uma forma do amollecimento chronico, com suas origens, evolução e consequencias variaveis.

Resta-nos na descripção da symptomatologia do nosso dcente, mencionar alguns *ictus* apoplectiformes, que tem apparecido no curso evolutivo da molestia, e que se revelavam por desvios faciaes, perda dos sentidos, hemiplegias ligeiras, sendo porém todos estes phenomenos de caracter transitorio; e finalmente passar ao estudo da parte mais interessante sob o ponto de vista pericial, isto é, o estado mental do paciente.

Presentemente o doente apresenta fraqueza intellectual, depressão psychica, memoria enfraquecida, consciencia entorpecida.

Na esphera sentimental, affectiva e moral o mesmo se observa.

Procurando sempre a immobilidade e o silencio, raramente uma idéa espontanea prolifera no cerebro, esterilisado pela lesão, do doente, para obrigal-o a fallar; quando provocado a responder, são suas respostas demoradas, baixas, monossyllabicas ou em termos curtos, na phraseologia commum, e que repete por varias vezes.

Como uma prova material do facto juntamos ao presente relatorio as respostas escriptas por elle a varias perguntas por nós feitas sobre os factos mais simples e familiares de sua vida, aquelles que são os ultimos a se dissiparem dos centros cerebraes de retenção psychica.

Convém ainda assignalar que para responder a estas mesmas perguntas, elle o fazia com alguma demora, procurando por vezes substituir a linguagem escripta pela do gesto e só a instancias repetidas terminava, vagarosamente tambem, por escrever.

Neste documento authentico se encontra, além de grande modificação no typo e caracter da letra, pois procuramos cotejal-a, indo a sua casa commercial (do doente) e observando a escripturação, feita de seu proprio punho em plena saúde, a imperfeição e infidelidade de algumas das respostas sendo as perguntas, como já o dissemos, das mais simples, sobre assumpto dos menos susceptiveis de se descollocarem de um cerebro mesmo doente.

Estas perturbações que ora se accentuam com clareza e precisão, foram por nós percebida em Maio ou Junho do anno p. p.,

por occasião do regresso do doente de sua ultima viagem á Europa, quando chamados como clinicos, encontrando os indicios do descalabro mental, que agora revela com a marcha successivamente crescente das aggravações da molestia.

QUESITOS

Feita a descripção do estado actual do doente, e d'aquillo que nos podia servir para a confecção do presente relatorio, passemos a responder aos quesitos propostos:

1.º Se o paciente soffre de qualqner alteração ou perturbação mental? Sim.

Ao 2.º No caso affirmativo qual a especie de alteração ou perturbação mental?

Sendo a molestia de que soffre o paciente constituida na technologia scientifica por um syndroma morbido, conhecido com o nome de Pseudo-paralysia bulbar de origem cerebral e que tem como uma de suas expressões ou manifestações o enfraquecimento crescente das faculdades mentaes, para adaptar nossa resposta neste quesito á technologia especial da medicina forense, diremos que a especie das desordens mentaes pertence ao grupo das demencias (organicas, na technologia medica).

Ao 3.º Classificada essa especie qual a causa que a occasionou? Com quanto seja o diagnostico topographico desta molestia um problema difficil de resolver, mesmo nas circumstancias apparentemente mais simples, todavia Brissaud, em seus estudos especiaes sobre o assumpto, resume magistralmente o estudo das causas reduzindo-as á 5 grupos:

1.º Dupla lesão da 3.ª circumvolução frontal;

2.º Dupla lesão da massa opto-estriada;

3.º Lesão cortical do hemispherio direito, coincidindo com lesão analoga da massa opto estriada esquerda, ou vice-versa;

4.º Amollecimento opto estriado unilateral, na condição de ser a lesão extensa, grevemente destruitiva, e de occupar o nucleo caudado ou o putamen ou ainda as partes visinhas;

5.º Lesão unilateral da substancia branca do centro oval, com fóco de grandes dimensões, situado no ponto de juncção do corpo calôso e da capsula interna.

Lepine affirma ser causa invariavel da molestia uma lesão bilateral dos centros corticaes da lingua e dos labios; e, quando localisada no hemispherio esquerdo, ser de ordem a não arrastar necessariamente a *aphasia.*

Para os interesses judiciaes, pouco importa que seja estas ou aquellas as causas productoras da molestia, desde que esta se revela com a mesma caracterisação clinica no que diz respeito ás desordens psychicas ou mentaes e suas consequencias; porém, para satisfazer ao referido quesito diremos que se trata de amollecimentos, ligados á thromboses multiplas, com localisação bilateral nos hemispherios provavelmente de origem syphilitica.

Este nosso juizo se firma na marcha da molestia, em sua evolução, no desdobramento e successão dos symptomas, na fixidez de uns e instabilidade de outros etc.

Talvez o caso clinico do paciente possa ser incluido ao 3º, grupo, já mencionado, dos de Brissaud ou no de Lepine.

Ao 4.º Se podem precisar desde que a epocha mais ou

menos data ella : como medicos assistentes que fomos do doente, julgamos-nos habilitados a affirmar que as perturbações mentaes datam no maximo de 2 annos, pois só nos foi dado verifical-as em Maio do anno p. p. por occasião do regresso do paciente de sua ultima viagem a Europa.

E como tenha decorrido já um anno de nossa primeira verificação clinica e tivesse o doente se conservado em Portugal cerca de um anno tambem, fóra de nossas vistas, durante o qual podia a demencia ter-se manifestado, por isso é que calculamos nos referidos 2 annos o tempo maximo de sua iniciação ou duração.

Antes disso, da mencionada viagem, além de certo abatimento de espirito tão frequente nas molestias prolongadas ou de marcha chronica, o enfermo jamais apresentou indicios da forma de demencia, de que é hoje atacado, consequencia natural dos progressos da molestia. Esta opinião é perfeitamente conciliavel com o diagnostico feito, em resposta ao 3.º quesito; pois com taes localisações (as do 3.º grupo de Brissaud), podia o processo morbido evoluir até certa phase sem compromisso real das faculdades mentaes do doente.

Ao 5.º Se é ella de caracter permanente ou transitorio, e, nesta ultima hypothese, se julgam susceptivel de cura, e dentro de que praso pode esta ter logar?

No estado em que se acha o doente com a molestia, por sua natureza incuravel; já tão adiantada, não é licito esperar-se outra cousa além da permanencia e aggravação da demencia, de sua definitiva installação.

Como elementos de grande valor, que aggravam seriamente

o prognostico, devemos aqui consignar não só a completa indifferença do doente para as preoccupações mais ordinarias da vida e até para seus negocios particulares, dos quaes absolutamente não cogita, nem mesmo quando levado á casa commercial, de que é proprietario ou chefe, e aonde entra e sae, como se fôra um estranho, sem de nada indagar ou procurar saber, mas ainda a incontinencia de fezes e de urinas que começa a manifestar-se (phenomenos do *gatisme*).

Ao 6.º Se o paciente tem a capacidade necessaria para reger e administrar sua pessoa e bens?

Em vista do exposto julgamos a capacidade mental do paciente seriamente compromettida, pelo que respondemos—Negativamente — ao presente quesito.

Bahia, 8 de Maio de 1905.

*Dr. Manoel José de Araujo*, Cathedratico de Physiologia.

*Dr. João Tillemont Fontes*, Lente Cathedratico de Psychiatria e de Neuropathologia.

# ESTUDO GERAL

DO

# SYNDROMA PSEUDO-BULBAR

«Le cerveau brulé par le raisonnement a soif de simplicité, comme le desert a soif d'eau pure».

E. RENAN.

DESDE o seculo passado até os nossos dias, tem sido attestada por todos os observadores a existencia das paralysias pseudo-bulbares. E, si a historia nosologica dessas paralysias, passou outr'ora por uma serie de phases, suscitando controversias á concepção de insignes neurologistas, constitue entretanto á hora actual um dos mais interessantes capitulos da neuropathologia.

Longos e categoricos artigos, concepções autorisadas, excellentes monographias, em cujas paginas se destacam os nomes refulgentes de Lépine, a quem devemos a primeira descripção clinica, Joffroy, Dejerine, Brissaud, de incontestavel merito, Halipré, Galaviélle, Leresche, Puinca, Boulay e mais recentemente Comte, foram publicados acerca do importante syndroma que ora se agita no dominio das encephalopathias.

Na historia da paralysia pseudo-bulbar resalta ainda o nome illustre de Raymond, chefe actual da Salpêtrière, que muito concorreu para propagar e aperfeiçoar o seu estudo anatomo-clinico, trazendo algumas noções novas e confirmando a doctrina, defendida na França por Charcot, Joffroy e Lépine, da existencia de uma paralysia pseudo-bulbar de origem cerebral.

A' medida que a sciencia progride, accentua-se, cada vez mais, a desproporção clara entre a extenção da pathologia nervosa e os limites que o espirito humano pode circumscrever.

Limitar pois um assumpto, por sua natureza tão complexo, reduzil-o a formulas facilmente assimilaveis, peptonas do pensamento, sem ostentação de conhecimento: tal é o fim das resumidas paginas que se vam seguir, sem os traços vigorosos que produzem a admiração da posteridade, mas precisas, claras, modestas, sobre a historia clinica das paralysias pseudo-bulbares.

Em 1837, Magnus Hüs publicou um caso de paralysia glosso-labiada, mais ou menos analogo ao syndroma descripto mais tarde por Duchenne de Boulogne.

Esse inspirado neurologista, procedendo a uma autopsia encontrou uma lesão tendo destruido a parte inferior das duas circumvoluções centraes do hemispherio direito.

Todavia é na realidade a Joffroy e ao seu insigne mestre Charcot, que cabe a honra de ter attraido, pela vez pri-

meira, a attenção para a existencia de uma forma cerebral de paralysia bulbar.

Joffroy em uma muito interessante memoria, estudou os principaes processos que podem engendrar o syndroma labio-glosso laryngeu, e oppoz á forma protopathica, ligada á atrophia dos nucleos de origem dos nervos bulbares, a forma apoplectica.

E, entre as modalidades desta ultima, citou elle explicitamente a paralysia labio-glosso-laryngea de origem cerebral.

« O mesmo grupo symptomatico, escreveu Joffroy, pode se encontrar fóra de toda lesão bulbar, no caso de dupla lesão cerebral como Charcot assignalou maravilhosamente um exemplo.

Nesse caso ter-se-á sem duvida a paralysia labio-glosso-laryngea de origem cerebral, cujo diagnostico, para dizer francamente, parece dos mais difficeis quando se procura distinguil-o do da paralysia labio-glosso-laryngea de origem bulbar. »

A forma cerebral da paralysia glosso-laryngea passou pouco mais ou menos despercebida até a apparição da feliz memoria de Lépine em a qual lembra elle dois casos ineditos e seguidos de autopsia.

No primeiro, encontrou lesões bilateraes e symetricas do nucleo lenticular, ao mesmo tempo que mui leves alterações bulbares apreciaveis sómente ao microscopio.

No segundo, as lesões interessavam exclusivamente o nucleo lenticular de cada hemispherio, estando a protuberancia e o bòlbo completamente indemnes.

Inspirando-se pois nestes dois factos, Lepine perguntava a si proprio, se as lesões dos nucleos cinsentos centraes não eram capazes de engendrar o syndroma glosso-labiado.

Depois, voltando á observação de Magnus, mostrou que o syndroma podia tambem depender de uma lesão interessando somente a casca cerebral e concluio que « a paralysia labio-laryngea pode reconhecer por causa uma lesão central, cuja séde se avisinha da que dá logar á aphasia. »

A partir desse momento as observações de paralysias pseudo-bulbares se multiplicaram singularmente.

Barlow e Rosenthal lembram casos devidos a amollecimentos corticaes, attingindo a extremidade inferior da zona rolandica, nodatamente da frontal ascendente.

Em outros casos, as lesões eram centraes e occupavam, em geral, o nucleo lenticular. (Nothnagel, Ross, Füller e Browning, etc.) como nos casos de Oulmont que raramente situavam no nucleo caudado e na camada optica (Eisenlohr) ou no nucleo caudado e o centro oval (Hahn), ou melhor tratava-se de vastos fócos centraes (Ochs, Berger, etc.)

Em 1886 e 1887 Oppenheim e Siemerling publicaram duas memorias sobre a paralysia pseudo-bulbar.

Estes auctores insistem na intensidade das perturbações psychicas e na descripção do riso e do choro convulsivos,

attribuindo este ultimo phenomeno á destruição de feixes nervosos tendo uma acção de parada nos centros bulbares.

Assignalavam nos doentes que tem observado perturbações respiratorias e circulatorias, sobrevindo por accessos de uma ou muitas horas, com ou sem respiração de Cheyne-Stockes ou ascensão thermica.

Para os auctores allemães, um exame attento permittia sempre descobrir no bòlbo, lesões microscopicas cuja existencia era indispensavel á realisação do pretendido syndroma pseudo-bulbar.

Em 1890, Leresche numa these feita em Bicêtre, no serviço do Sr. Dejerine, lembra duas observações nas quaes um exame microscopico minucioso do bòlbo e da protuberancia não descobre nenhuma alteração destas partes: as unicas lesões existentes eram fócos situados nos dois nucleos lenticulares.

Brosset publicou tambem um caso em que a paralysia pseudo-bulbar, acompanhada de perturbações do equilibrio, seria devida a uma lesão cerebellosa; mas este facto conservou-se unico.

Entretanto Bechterew considerou a camada optica como o centro dos movimentos coordenados da deglutição e da mastigação, assim como dos movimentos do estomago e do intestino.

Alem disso, esta mesma camada optica participaria,

segundo elle, como centro secundario de associação, dos movimentos de expressão, dos movimentos respiratorios, etc. e por consequencia, do riso e do choro, e, uma lesão interrompendo as connexões da camada optica, com a zona motora cortical poderia destruir a acção inhibidora do cortex no centro secundario, donde o riso e choro espasmodicos que se encontrariam nestas condições.

O eminente professor Brissaud chega mais ou menos á mesma concepção: elle considera igualmente a camada optica como o centro de coordenação reflexa do riso e do choro e, em geral, de todas as expressões affectivas.

Nessa mesma epocha, Halipré um dos mais notaveis discipulos do psycho-neuro-pathologista Brissaud, abraça e desenvolve esta concepção que faz do nucleo lenticular e mais particularmente do putamen, um centro secundario para os movimentos da phonação e da deglutição, admittindo que uma lesão bilateral exclusivamente localisada no putamen, produz o syndroma pseudo-bulbar.

Algum tempo mais tarde, Brissaud volta a estas idéas fazendo-lhes soffrer ligeiras modificações.

Para explicar as paralysias pseudo-bulbares por lesão unilateral, Brissaud e Halipré emittem cada um sua hypothese e attribuem ás fibras cortico-bulbares, cortico-striadas e strio-bulbares um trajecto supposto, atraves o centro oval, o corpo calloso, a capsula interna etc.

Em uma magistral lecção feita na Salpêtriere, o erudito

neuropathologista Dejerine emitte uma concepção mui differente.

Para elle, a paralysia pseudo-bulbar é sempre devida a uma lesão bilateral ora do cortex da opercula rolandica, ora das fibras de projecção que, desta opercula, passam no feixe geniculado para terminar nos nucleos bòlbo protuberanciaes.

Esta lesão pode situar-se em qualquer ponto do trajecto destas fibras na protuberancia mesmo, havendo até paralysias pseudo bulbares de origem unicamente protuberancial. Esta localisação concorda com os resultados experimentaes obtidos por Horsley e Bervor.

« Estes auctores mostraram, diz Dejerine, que as fibras que passam *ao nivel e um pouco para traz* do joêlho da capsula interna são as que vêm da opercula rolandica. Sua excitação nesta parte da capsula determina, com effeito, os mesmos movimentos que a excitação da opercula rolandica correspondente. »

# RESENHA SYMPTOMATOLOGICA

NADA ha de confuso no modo de encarar e de descrever clinicamente a paralysia pseudo-bulbar o que vem facilitar aos que se empenharem no estudo d'esta affecção que, sendo na immensa maioria dos casos o resultado de thromboses multiplas e successivas, representa uma fórma de amollecimento chronico.

Constituida definitivamente essa entidade morbida, Brissaud dividiu magistralmente os seus principaes symptomas em verdadeiros ou intrinsecos e symptomas extrinsecos, sendo porém que estes ultimos são muitissimo variados e de intensidade differente.

O quadro symtomatologico do syndroma que agora nos preoccupa inteiramente o espirito, constitue o que ha de mais interessante e essencial na descripção didactica d'esta modalidade clinica.

E' assim que se tem constantemente observado que o inicio da paralysia pseudo-bulbar, ora se revela brusco e o syndroma definitivo se estabelece no decurso de um só *ictus*, ora ao contrario, elle se vae constituindo lenta e progressivamente sem ataque verdadeiro.

E' verosimil que nem sempre isso se realisa e o que mais

commummente se observa, é que durante a evolução morbida, o paciente é inesperadamente acommettido de um primeiro ataque de apoplexia, seguido quasi sempre de hemiplegia, que não raro se acompanha de algumas perturbações da deglutição e da phonação.

Ao se descortinarem os primeiros signaes bulbares, constituindo apenas o seu esbôço, se estabelece definitivamente a paralysia pseudo-bulbar.

PERIODO DE ESTADO—Quando o cortejo deslumbrante de symptomas se declara magestoso com a pureza classica de sua intensidade, um aspecto estrambotico, caracterisa o pseudo-bulbar.

A marcha em *passos curtos*, (Dejérine) permittindo que se faça o diagnostico mesmo á distancia; o côrpo ligeiramente curvado para frente; todos os seus movimentos lentos, hesitantes; trazem á primeira vista a rigida impressão de um parkinsoniano como fèl-o observar criteriosamente o genial Brissaud.

A face é immovel, chorosa, sem risos, sem a belleza natural dos traços physionomicos, isto é, sem o nada de mobilidade fugitiva que esboça a expressão de um sentimento.

Não que este sentimento não seja experimentado; mas os orgams motores que ordenam aos sentimentos de se exteriorisarem, são anniquillados.

Uma tristeza indescriptivel, os olhos grandemente

abertos, a bocca entre-aberta deixando escoar constantemente uma abundante quantidade de saliva, pela commissura dos labios, obrigando a que o doente leve sempre a se enxugar e muitas vezes a que traga um babadoiro, imprimem a esta estupida mascara, a forma especial do estupôr perpetuo.

ESTADO MENTAL.—*Riso e choro espasmodicos*—O estado mental do individuo é aqui visivelmente attingido; a memoria se lhe apaga; a intelligencia perde a sua reflectividade e não raras vezes o doente, maximè quando a dysarthria é pouco intensa e que se pode comprehendel-o, é incapaz de responder com precisão e segurança as mais simples questões qne se lhe apresentam.

Alheio a tudo e a todos que o cercam, vê-se inesperadamente *rir* e *chorar* e por vezes sem motivo psychico—sem emoção, sem ideia triste, a crise começa, desde que se o encara um pouco fixamente ou quando percebe que d'elle se se occupa.

Para corroborar este phenomeno pode-se perfeitamente provocar a crise si se lhe falla ou sobretudo si se lhe obriga a fazer um esforço ou um movimento particularmente com os seus membros paralysados.

Segundo Grasset, estas *crises* de *chôros*, não são expressões emotivas: são antes *syncinesias*, movimentos emocionados; são *crises convulsivas da mimica emotiva.*

As autopsias praticadas em casos analogos e em indivi-

duos que conservam a expressão emotiva com a abolição dos movimentos voluntarios como um caso consagrado por Nothnagel, autorizam a inferir o trajecto seguido pelo *apparelho nervoso* da mimica emocional.

Estes accessos se divulgam tanto nos doentes que se hão conservado intelligentes, como nos que soffrem dos phenamenos de *desfalque* intellectual, e, a maioria d'elles tem nitida consciencia do ridiculo de sua emotividade exagerada.

Durante a pratica d'estes actos, os musculos da face si bem que paresiados para movimentos voluntarios (Lépine) se contraem poderosamente; o rôsto reveste a fórma vultuosa, o pulso filiforme, a respiração se susta em expiração.

Ora estes accessos de *risos* e de *chôros* dimanados simplesmente de um exagero da emotividade, são exclusivamente espasmodicos e parecem condicionados pela interrupção das vias de conducção intra cerebraes da inhibição, (Brissaud, Bechterew), ora são dependentes particularmente do feixe psychico de Brissaud.

DYSARTHRIA — A existencia de perturbações dysarthricas acompanhada de paralysia das extremidades não abre por conseguinte a porta a nenhuma especie de conclusões cathegoricas, quanto á localisação da lesão geradora.

Entretanto o grau da dysarthria autoriza que se chegue um pouco mais distante no terreno das deducções. « A dysarthria consiste principalmente em uma lentidão que

traduz o esfôrço, um calculo penôso, uma sorte de escansão das syllabas ou de appello das letras.

Certas palavras são mais facilmente pronunciadas, outras saem penosamente e então «*fazem explosão*» para empregar a comparação classica... a vóz é surda, outras vezes fanhósa, (o que indica uma paralysia ao menos parcial do veu do paladar) e sobretudo monotona».

A perturbação da palavra pode chegar até a anarthria absoluta, como era o caso do nosso doente, cuja observação (com autopsia) serve de ponto de partida para a architectura do nosso despretencioso trabalho.

DYSPHAGIA.—A mastigação e a deglutição soffrem igualmente os embates destas mesmas perturbações e os musculos que se revestem do exercicio destas funcções não dispõem mais da força necessaria para reduzir os alimentos; que por esse modo se accumulam nos sulcos gengivaes ou tendem a cahir fóra da bocca, obrigando os doentes a leval-os com os dedos ao dorso da lingua ou mesmo empurral-os até o isthmo da garganta, afim de supprir o primeiro tempo da deglutição que não se realisa devido a paralysia lingual.

O segundo tempo da deglutição não escapa ao mesmo embaraço e é o caso mais frequente quando ao véo do paladar e os musculos do pharynge são alcançados: particulas alimentares e principalmente os liquidos passam

entre os pilares do véo, ou cahem na glotte, determinando accessos de tosse e de suffocação.

EXAME SOMATICO. — E' da mais transcendental importancia o exame somatico dos orgãos, cujas funcções são perturbadas por phenomenos paralyticos, que algumas vezes menos accentuados, entretanto se não poderia julgal-o á primeira vista.

FACE. — A face é desrespeitada na integridade de sua belleza por signaes de dupla hemiplegia, predominando muitissimas vezes de um lado, de modo a permittir que a bocca se desvie para o lado menos attingido.

Outras vezes porém a paralysia é bilateral; as commissuras se desviam, se attraem para fòra e a bocca largamente fendida impossibilita o doente de assobiar ou soprar.

MOVIMENTO DOS OLHOS. — Oppenheim assignala perturbações analogas para o lado da musculatura externa dos olhos: os doentes não dirigem espontaneamente seu olhar de lado, mais este movimento se accentua por acto reflexo, quando se passa deante delles um objecto que segue os olhos ou quando um ruido surdo lhe faz voltar a cabeça.

LINGUA. — E' geralmente mais ou menos paralysada, sendo que nos casos extremos se fixa no pavimento buccal, absolutamente immovel.

Halipré menciona individuos nos quaes este orgão inerte obedece as leis da gravidade, assim como fez observar o Dr. Gombeault.

VÉO DO PALADAR.—Este orgão é tambem frequentemente attingido e a sua paralysia ora é unilateral, ora bilateral, provocando d'est'arte consequencias variadas.

LARYNGE. — Embora mais raro que os orgãos precedentes, não se pode negar o facto de ser o larynge igualmente alcançado, offerecendo na maioria dos casos uma paresia das cordas vocaes dos abductores e dos adductores.

O Dr. Natier constatou um movimento rythmico de adducção e abducção das cordas, mesmo durante a respiração calma e tranquilla.

MEMBROS.—O exame somatico dos membros se reduzem a um pouco de fraqueza das extremidades, com um leve exagero dos reflexos tendinosos.

# FORMAS CLINICAS

Entre as manifestações nervosas, capazes de um modo inconstante complicar o syndroma pseudo-bulbar, assignalamos: *As perturbações do equilibrio* que consistem em uma marcha cambaleante, em «uma vacillação na permanencia de pé, estando elles approximados», perturbações de origem provavelmente cerebellosa em relação talvez com as lesões do pedunculo cerebelloso medio (Comte).

A *aphasia*, muitissimas vezes sob sua forma motora, os centros corticaes laryngeos, mastigador e facial, estando proximos do centro de Wernicke, ou centro das imagens motoras da articulação.

As perturbações *respiratorias*, assignaladas sobretudo por Oppenheim e Siemerling e consistindo em accessos de dyspnéa com ou sem rythmo de Cheynestockes, com ou sem ascensão brusca da temperatura.

Emfim os mesmos auctores transcreveram igualmente sem que dessem uma interpretação satisfactoria, lesões de atrophia leve ou accentuada dos nervos opticos, dando origem à perturbações da vista, fraqueza gradual, podendo ir até a cegueira completa.

Halipré observou tambem algumas vezes a myosis.

# DIAGNOSTICO

Ao encetarmos o estudo do transcendente capitulo que por alguns instantes nos vae prender a attenção, forçòso é-nos confessar que a solução d'esse problema offerece as maiores difficuldades, porquanto os caracteres da paralysia pseudo-bulbar nem sempre se enscenam na pratica com um relevo sufficiente, desconhecida como fica, por vezes, a sua verdadeira origem.

Entretanto sem emittir opinião sobre a concepção de grandes mestres e sem ousar transpôr os nossos limitadissimos conhecimentos faremos em pallido resumo a historia d'essa parte que encaminha o espirito do pratico para a verdadeira deducção clinica, parecendo-nos que jamais se poderá confundir esta modalidade neuropathologica com as affecções morbidas que, por sua analogia exterior e por seus symptomas mais ou menos semelhantes, se prestam á confusão.

Assim pois, o diagnostico da paralysia pseudo-bulbar que repousa no exame do conjuncto de manifestações clinicas, não se confundirá certamente com a paralysia glosso-labio-laryngéa, cujo principio é insidioso e no curso da qual as paralysias se complicam de agitações fibrillares e de atrophia muscular.

Alem disso os reflexos são precocemente abolidos na molestia de Duchenne e a reacção de degeneração é ahi habitual.

Para mais concisão resolvemos grupar em um quadro comparativo os signaes differenciaes considerados como classicos entre estas duas affecções.

| **Paralysia pseudo-bulbar.** | **Paralysia bulbar de Duchenne** |
| --- | --- |
| *Principio por ictus.* | *Principio lento insidioso.* |
| *Perturbações intellectuaes.* | |
| *Hemiplegia com predominancia unilateral.* | *Não ha hemiplegia.* |
| *Não ha amyotrophia generalisada.* | *Ha atrophia muscular.* |
| *Não ha reacção de degeneração* | *Ha reacção de degeneração.* |
| *Não ha participação dos nucleos do decimo par e da raiz motora do quinto par.* | *Ha participação dos decimo e quinto pares.* |
| **Signaes inconstantes** | |
| *Reflexos conservados.* | *Reflexos abolidos.* |
| *Não ha contracções fibrilares.* | *Ha contracções fibrilares.* |

A coexistencia com certas myelopathias, a *tabes*, a *amyotrophia* typo *Aran-Duchenne* e sobretudo a *sclerose lateral amyotrophica* é frequente.

A PARALYSIA BULBAR APOPLETIFORME (hemorrhagia e amollecimento do bôlbo) se distinguem pelos caracteres seguintes; o *ictus* do principio arrasta, além do syndroma

bulbar a hemiplegia alterna de Millard-Gubler; hemiplegia dupla, (hemiplegia simples ou duas hemiplegias successivas sem nenhuma significação especial); a hemianesthesia; perturbações respiratorias ou cardiacas; polyuria, albuminuria ou glycosuria, atrophias musculares, si a affecção tem uma duração sufficiente.

A evolução nem sempre se faz bruscamente e não ha perturbações psychicas.

Outras lesões bulbares ou protuberanciaes podem com effeito dar origem a uma symptomologia, lembrando mais ou menos a paralysia pseudo-bulbar.

*As hemorrhagias.* — Além da sua raridade n'este caso, provocam quasi sempre uma morte rapida e o aspecto clinico é, em geral, mui differente.

COMPRESSÃO. — A compressão destes orgãos por um tumor, por um aneurisma, do tronco basilar ou da arteria vertebral, provocam accidentes simulando a paralysia pseudo-bulbar.

A marcha sendo das mais variadas se revela algumas vezes por prodromos que consistem em aturdimentos, cephaléa occipital e difficuldade dos movimentos da cabeça.

O principio é brusco e instantaneo ou se dá por invasões seguidas de remissões, acompanhando-se o syndroma bulbar motor de muitos outros phenomenos que por suas manifestações e grande variabilidade não se confundem com o syndroma pseudo-bulbar.

Emfim, há um signal caracteristico dos aneurismas do tronco basilar e das arterias vertebraes conhecido por syndroma de Gerhart, o qual consiste na audição de um ruido vascular quando se ausculta ao nivel do occiput e da apophyse mastoide.

*Paralysia bulbar aguda de Leyden.* — A raridade d'esta affecção caracterisada sob o ponto de vista anatomico por pequenos fócos miliares de necrobiose, mal circumscriptos e disseminados no bôlbo, com evolução muito rapida com paralysia invadindo a lingua, o véo do paladar, os labios, determinando perturbações da palavra, da deglutição e a participação do pneumogastrico, se manifestando por uma dyspnéa crescente, que produz a morte em poucos dias, farão estabelecer o diagnostico e excluir qualquer duvida que porventura possa surgir ao espirito do observador pouco avisado.

Ao lado das diversas affecções que se assestam anatomicamente no bôlbo, existem outras ainda que podem determinar a paralysia pseudo-bulbar.

NEVRITES BULBARES. — Ha a principio nevrites que se localisam nos nervos craneanos e possuem symptomas analogos aos de que nos occupamos.

PARALYSIA BULBAR ASTHENICA. — Esta affecção de symptomatologia especial e cujo aspecto apresenta alguma analogia com a paralysia pseudo-bulbar é a paralysia bulbar asthenica, designada ainda sob o nome de paralysia sem

lesão anatomica, myasthenia grave pseudo-paralytica, syndroma de Erb, por quem foi primeiramente descripta e em seguida estudada por Oppenheim, Goldflam, Jolly, Strümpell etc.

Um phenomeno interessante e particular é a myasthenia oü amyosthenia que consiste no seguinte:

Quando o doente se conserva em repouso durante um longo espaço de tempo a motilidade parece mais ou menos normal, mas quando produz alguns movimentos apenas, sobrevem uma sensação de fadiga extrema, toda a força desapparece do musculo que acaba de executar o trabalho, e o doente cae em completa immobilidade.

Este phenomeno não attinge somente os musculos da mastigação, deglutição e phonação, mas ainda nota-se á *ptosis* palpebral, a nuca parece invadida tambem, fazendo com que a cabeça do paciente penda sobre as espaduas.

Emfim phenomenos apresentados pelo syndroma pseudo-bulbar, estão longe de ser tão generalisados como os que se observa na paralysia de Erb.

HYSTERIA. — Esta nevrose tem raramente se prestado a confusão por sua symptomatologia, com o syndroma pseudo-bulbar.

# ETIOLOGIA, MARCHA, PROGNOSTICO

E

# TRATAMENTO

ETIOLIGIA.— Entre todos os factores etio-pathogenicos responsaveis por embolias ou thromboses que com muita frequencia se produzem nos vasos cerebraes, dando origem á paralysia pseudo-bulbar, sobresahem principalmente a arterio-sclerose, a syphilis, certas cardiopathias, as causas moraes, os traumatismos e as infecções.

*Arterio-sclerose.*— A constancia d'este elemento etiologico no caso vertente, assume a mais consideravel relevancia, porquanto a maioria d'estes doentes transpoem a idade adulta ou a velhice, estampando os estigmas do atheroma que na pittoresca phrase do eminente Peter é a *ferrugem da vida.*

Segundo pondera o Dr. Albert Comte, a obliteração dos pequenos vasos ou mais raramente a ruptura dos aneurismas miliares determinam nos centros nervosos fócos de amollecimento, de volume variavel, ordinariamente multiplos e generalisados em todo o encephalo.

E' assim tambem, que na feliz apreciação de Jacobsohn estas lesões se localisam com uma abundancia particular em duas regiões, os grossos gauglios do centro dos hemispherios assim como as partes visinhas (capsula interna

etc.) o tronco cerebral e em particular a protuberancia. Esta localisação vai certamente encontrar uma explicação plausivel na disposição das arterias d'estas regiões, em sua estructura delicada e na sua disposição terminal, pois conforme exprime Mendel, a pressão sanguinea seria muito mais elevada alli do que nos territorios em que as ramificações arteriaes se anastomosam com as dos territorios visinhos.

Para melhor salientar a importancia capital do factor em questão, transcrevemos alguns casos de paralysia pseudo bulbar observados por auctores dignos da maxima attenção.

E assim, cita M. Perrin, um caso de paralysia pseudo bulbar com dysarthria e rheumatismo chronico, num doente de arterio sclerose, com 58 annos de idade, attingido durante seu somno de paralysia de diversos nervos craneanos com dysarthria completa. Este homem apresentava, alem da arthrite chronica, deformante bilateral dos punhos, algumas articulações das mãos com subluxações.

Dr. Schmirer cita de M. S. B. o caso de um velho que foi bruscamente atacado de aphasia, havia dez mezes; desde então a deglutição estava compromettida e a salivação se escoava da bocca.

A ausencia de qualquer outro symptoma notadamente a atrophia e sendo dado que, pela excitação electrica, a deglutição reflexa se executava mal, o auctor avalia que esta paralysia pseudo-bulbar dos labios, da lingua e do palatino não era a consequencia de uma lesão nuclear, mas de pe-

quenos fócos de amollecimento do pavimento do quarto ventriculo, devidos a arterio-sclerose de que este homem offerecia signaes evidentes.

SYPHILIS.—E' este factor cujo nome vem de longe e fôra inventado por Fracastor num poema latino sobre as molestias venereas e que desde a mais remota antiguidade corroe o organismo humano pela sua responsabilidade em todas as manifestações morbidas, que pode com segurança ser a causa da paralysia pseudo-bulbar pelas multiplas e variadas lesões que produz nos vasos cerebraes.

Assim pois, Munzer, Schlesinger, Ballet e Fournier publicaram alguns casos que depois se tornaram numerosissimos.

Albert Comte, diz ter observado na Salpêtrière perturbações pseudo-bulbares não muito accentuadas, mas indiscutiveis numa moça de 24 annos, em cujos paes, não foi possivel reconhecer tara especifica bem nitida, mas que apresentava, como estigmas de heredo-syphilis, uma cabeça volumosa, craneo natiforme, fronte olympica das mais perfeitas; e, além disso, uma destruição da parte media do véo do paladar e cuja causa os paes desconheciam.

A uvula havia desapparecido.

Ha trez annos, mais ou menos, esta doente apresentava uma rigidez progressiva dos membros inferiores que se

augmentava gradualmente, embaraçando a marcha no fim de algum tempo.

A doente confinada ao leito; os membros inferiores contracturados, apenas executavam ligeiros movimentos espontaneos, estando porém em extensão forçada e os pés em varus equino.

Quando se vencia a tonicidade muscular, observava-se uma trepidação epileptoide e um exagero dos reflexos patelares dos mais accentuados.

Por occasião de sua entrada notou-se um *choro espasmodico* dos mais inestinguiveis e rompia em soluços quando se lhe fallava, sendo manifesto o desfalque intellectual.

Não era só isso, a doente apresentava perturbações da deglutição, mais serias do que o explicava a destruição em summa muita limitada, do seu veu, a voz pouco fanhosa; mas á articulação das palavras era lenta, defeituosa, como quando se fala com alguma cousa na bocca.

A salivação não era exagerada e pelo exame somatico a face era symetrica, mas os movimentos dos labios para assobiar eram incompletos.

A motilidade da lingua era tambem limitada e o veu do paladar parecia ligeiramente paresiado.

MOLESTIAS DO CORAÇÃO — Certas cardiopathias, facilitando a formação de embolias parecem ser o ponto de partida das perturbações pseudo-bulbares, embora facto raro, mencionamos entretanto n'esta ordem de ideias o caso de Barlow em que uma creança de dez annos, victima de

insufficiencia aortica tornou-se pseudo-bulbar; e o caso de Kirchhaff em o qual havia uma insufficiencia e um estreitamento mitraes.

CAUSAS MORAES. — Longe de descordarmos da crença popular que faz intervir as causas moraes no desabrochar dos phenomenos cerebraes, reputamol-as de grande valor, pois o *ictus* se origina e a paralysia se manifesta no curso de um *temôr*, de uma *emoção* ou de um *pezar infindo.*

Na opinião valiosa de Brissaud, jamais a emotividade é tão evidente como na affecção que nos attrae.

E' assim que objecta elle, nos territorios interessados por arterias terminaes e de pequeno calibre, uma lesão atheromatosa ou outra retrahindo o calibre do vaso, tornando friaveis, suas paredes, comprehende-se que uma impulsão cardiaca energica sobrevinda sob a influencia de uma emoção produza ora uma roptura das finas arteriolas, ora um espasmo dos vasos motores favorecendo a producção de um coagulo obliterante.

Esta noção causal da emotividade se reune ainda para Brissaud aos numerosos traços de semelhança que unem a paralysia pseudo-bulbar á molestia de Parkinson.

FORMA INFANTIL DA PARALYSIA PSEUDO-BULBAR. — Não menos importante e de não menos interesse, é talvez a inditosa pagina que se vae seguir.

Por longo tempo é bem verdade, foi esta forma juvenil da paralysia pseudo-bulbar, considerada como muito rara

ou mesmo desconhecida d'aquelles que militam pela neuropathologia.

Mas, como este nobre e curioso assumpto despertasse o animo d'aquelles espiritos lucidos, cheios de energia que as investigações empolgaram seguiram-se as pesquizas repetidas e quando o *sól* de 1895, derramou os seus raios fulgentes illuminando aquelles « cerebros queimados pelo raciocinio, » Oppenheim publicava o primeiro caso de paralysia pseudo-bulbar, acompanhada de diplegia cerebral num individuo de 21 annos de idade.

Apezar da pouca precisão dos dados que revelava, a molestia parecia proceder do nascimento ou dos primeiros annos da vida.

Um leve desfalque intellectual, dysphagia e dysarthria intensas, phenomenos paralyticos nitidos dos musculos mastigadores, do veu do paladar, da lingua e dos labios; perturbações pouco naturaes no dominio do facial superior, leve parada de desenvolvimento dos membros do lado direito taes eram os traços mais salientes d'essa observação clinica.

Algum tempo depois o individuo fallece de tuberculose e a autopsia revela uma microgyria das circumvoluções rolandicas, salvo a parte superior e a posterior da terceira frontal ; alem d'isso esta lesão se complicava de uma porencephalia no nivel da parte media do scisura de Rolando.

A substancia branca do centro oval e o côrpo callôso estavam atrophiados e havia atrophia da pyramide esquer-

da e do feixe pyramidal crusado direito, e a esquerda, encontrava-se na medulla uma atrophia analoga porem menos pronunciada.

Oppenheim, depois de ter lembrado esta observação, insiste nas particularidades: no ponto de vista anatomico, o processo é de origem essencialmente cortical; no ponto de vista clinico, apezar da extensão das lesões corticaes, o desfalque intellectual era leve; emfim o auctor lembra que apezar da frequencia muito grande da diplegia cerebral infantil, não se tenha ainda assignalado concumitancia d'esta affecção com a paralysia pseudo-bulbar, que se tem observado algumas vezes perturbações muito leves da deglutição e sobretudo da palavra, mas que se attribue ao estado de idiotia e ao gatisme dos doentes ou a uma contractura espasmodica dos musculos da phonação e da deglutição.

Em a mesma epocha Buchaud, publicou um caso analogo datando igualmente da infancia ou talvez do nascimento.

Os phenomenos eram ainda mais notaveis do que no doente de Oppenheim: anarthria completa, difficuldade extrema da deglutição; salivação abundante; paralysia muito accentuada dos labios, dos musculos mastigadores e sobretudo da lingua.

Accessos epileptiformes frequentes, desfalque intellectual, infantilismo e paralysia no braço esquerdo, por parada de desenvolvimento.

O estado do doente conservou-se estacionario por longo

tempo até quando a tuberculose pulmonar assaltando-o victimou-o alguns mezés depois.

A autopsia d'este doente revelou uma atrophia das circumvoluções rolandicas em sua parte inferior provavelmente por parada de desenvolvimento e hypertrophia de algumas outras.

No anno seguinte Kœnig voltou a este estudo e dividiu a paralysia pseudo-bulbar infantil em duas formas: uma classica que foi descripta por Oppenheim, lembrando dois casos clinicos de Dreschfeld; e uma forma frusta em a qual as perturbações da deglutição seriam minimas e a dysarthria seria o unico phenomeno apparente.

Alguns annos mais tarde surgem Raymond e Lejonne que apontam uma creança de onze annos em a qual no espaço de seis mezes appareceram progressivamente e sem causa apreciavel signaes de uma paralysia pseudo-bulbar.

Mais recentemente ainda o notavel Dejerine patenteou e estudou as lesões, tanto ao nivel do cortex da opercula como a do joêlho da capsula interna.

O auctor assignala um caso muito interessante num rapaz de dez annos, *microcephalo* e cujo principio parecia datar do nascimento.

Tambem lembra que observou um analogo em 1902 e como tratamento aconselhou collocal-o num instituto de *atrazados*.

MARCHA — A paralysia pseudo-bulbar apresenta em seu cyclo evolutivo a mais notavel variabilidade.

E como o seu apparecimento effectivamente se divulga apoz um ou muitos ataques successivos, nos primeiros estadios que se seguem, attenuando-se conjunctamente os phenomenos de hemiplegia que de ordinario desapparecem completa e rapidamente; concluimos que apoz esta primeira phase de apparente melhora o syndroma jaz indefinidamente estacionario, vindo a fallecer o doente de uma molestia intercurrente.

E' todavia excepcional uma vez esta phase attingida, ver-se o mal retrogradar o que apenas soe acontecer na hypothese de ser a syphilis incriminada, pois em outros casos, a affecção se aggrava, ora ligeiramente no curso de um novo *ictus*, ora vagarosa e progressivamente, produzindo um augmento das perturbações da palavra e da deglutição, uma quebra intellectual, assim como, um enfraquecimento do estado geral do paciente que se vem a tornar *sujo* (gateux) acabando por succumbir em marasmo.

Além das perturbações da linguagem interior e exterior, da psychoreflectividade e do symbolismo sensorial o doente pode apresentar accidentes episodicos de ordem *hysterica neurasthenica* ou *phobica*, compromettendo as funcções do equilibrio, da estação, da marcha ou as funcções vegetativas que entram naturalmente no dominio da psychopathogenia.

E' bem verdade que os doentes portadores de lesões cere

braes, qualquer que seja a sua natureza se expoem a toda serie de perturbações psychicas como sejam os estados demenciaes, emotivos, allucinatorios, delirantes; e, de um modo geral, se pode dizer que a precocidade ou a intensidade das lesões psychicas são proporcionaes á profundeza e extensão das lesões encephalicas e sobretudo das alterações da corticalidade,

Se no curso da historia do syndroma pseudo-bulbar a decadencia psychica se mostra mais ou menos parallela, em sua evolução, á dos accidentes paralyticos; esta decadencia está, todavia, longe de ser igual ou proporcional á intensidade dos accidentes paralyticos por quanto fala em seu favôr a analyse clinica, demonstrando que nos pseudos-bulbares, a demencia é quasi sempre muito menos profunda e menos adeantada do que na paralysia.

Este contraste de apreciação por vezes ardua devido as perturbações psycho-reflexas da mimica e do exagero da emotividade, se explica naturalmente pela integridade relativa do *cortex* e a *topographia central* dos fócos morbidos.

Quando as lesões vasculares multiplas predominam ao nivel do cortex, as perturbações demenciaes, com excitação ou depressão, dominam o quadro clinico.

Observa-se frequentemente, em igual caso, accessos de agitação, a principio bruscos, cercados de incoherencia extrema das ideas, gestos, actos, um estado chaotico com allucinações, principalmente observados nos alcoolicos, insomnia, anorexia, cephalea e elevação da temperatura.

Estes accessos duram pouco, algumas horas ou alguns dias, deixando apoz si um descalabro intellectual progressivo que termina por vezes pela demencia completa.

Charon publicou seis observações d'esse genero e diz ter observado num vesanico chronico, morto de roptura do coração, um amollecimento recente do lóbo direito do cerebello, ao qual attribue, segundo as theorias de Luciani sobre o papel asthenico e tonico do cerebello, uma influencia pathogena no determinismo dos accidentes ultimos, da apathia e da inercia, apresentados pelo doente.

PROGNOSTICO — O prognostico do syndroma psycho-pathico cujo estudo abordamos de passagem, é assaz sombrio sob o ponto de vista da cura e *quo ad vitam* varia conforme a marcha da affecção, podendo esta ultima estacionar durante dez, quinze, e mais annos até que uma marcha progressiva, arrasta certamente o doente ao *gatisme* e á cachexia.

TRATAMENTO — A therapeutica do syndroma que agora nos prende, jaz ainda nas trevas profundas da duvida; e as razões de uma tal obscuridade e de tão incognito problema não acharão, talvez, uma applicação racional, nesse sol que nos aquece. Embora tentativas multiplas hajam demonstrado que toda vez que a affecção presente tem por factor etiologico a syphilis, a medicação especifica ha colhido resultados animadores; mas diremos, que foi debalde

que buscamos nos ioduretos e mercuriaes o balsamo para o caso da nossa observação primeira. Improficua, totalmente improficua no caso que nos servio de primeira observação e embora no segundo deixasse transparecer vislumbre dessa especificidade tão apregoada e tão insistentemente recommendada, essa therapeutica algo de duvida implantou no nosso animo.

Alentados pelas sabias licções dos mestres que pontificam no assumpto essa verdade dependia da sanção; fragil embora, da nossa observação na impossibilidade de sabermos ao certo, ou acceitarmos com fé segura o que nos ensina a therapeutica official. Talvez, do que cuidadosamente nos accusamos, se fizesse sentir sobre nós essa *ignorancia necessaria e permanente* pregada por Littré. Robustecem-nos as seguintes palavras sahidas da magistral penna do sabio professor Dr. Francisco de Castro:

« Em semelhantes condições, coagido, deante da fatalidade do erro, por licção de sabedoria e consciencia, a renunciar a tentativas sem fructo na esphera da razão empirica, assiste ao espirito o direito de duvidar. E a sciencia, por mais longe que leve as suas conquistas, jamais terá força bastante para abater, atrophiar, ou delir o lobulo da duvida no cerebro do homem. »

Não é somente a velha therapeutica que se encontra desarmada e impotente em frente de tal caso, mas ainda a grave e estethica electricidade, *com luxuosa mise-en-scene.*

Nem as correntes faradicas, nem as applicações galvanicas, nem as correntes continuas, os banhos estaticos, as duchas electrisadas, todo esse material deslumbrante e espalhafatosamente alojado nos hospitaes e grandes estabelecimentos sanitarios, não alcançou ainda o pendão da gloria.

Não desfalleçamos pois, em meio da jornada e cheios, de esperança aguardemos os progressos desse grande dogma que se chama Hygiene, onde quem sabe, estará encerrado tão profundo segredo.

# PHYSIOLOGIA PATHOLOGICA

Longe de penetrar no amplo e nebuloso da physio-pathologia da paralysia pseudo-bulbar em busca da sua verdadeira causa, por leves traços, mas sem trepidarmos affirmamos, que ella reside na destruição bilateral do cortex da opercula rolandica ou por fibras que d'ahi projectam-se promovendo em qualquer dos casos, um obstaculo as funcções da zona, por cuja suppressão caracterisa-se o syndroma. A physiologia experimental e o methodo anatomo-clinico, nos veem mostrar satisfactoriamente a zona do manto cerebral, onde se edificam os centros dos orgãos que entram em jogo na phonação, mastigação, deglutição e etc.

Halipré, com toda a magestade do seu veredictum divide este capitulo em quatro paragraphos estudando-os separadamente.

A physiologia experimental, ha prestado um relevante auxilio na interpretação sadia das lesões do cortex que realisam a affecção presente.

As sabias e bellissimas experiencias executadas no cão e no macaco, por Fritsh e Hitzig (1870), por Ferrier, Horsley, Schafer, falam que as circumvoluções frontal e pa-

rietal ascendentes apresentam abaixo do centro dos movimentos dos membros um centro motor, o *centro facial.*

A excitação da metade superior d'este centro produz o lacrimejamento e occlusão das palpebras, o levantamento da aza do nariz, a retracção e a elevação da commissura da bocca, sendo porém que a excitação da parte inferior provoca movimentos combinados dos maxillares e da lingua. Rethi excita no coelho a região do cortex situada adiante do centro motor dos membros, obtendo igualmente movimentos da mastigação e em seguida da deglutição. E para elle a successão destas duas ordens de movimentos era devido, não que o primeiro produzisse o segundo por via reflexa, mas porque o centro de ambos era o mesmo.

A existencia de um centro cortical laryngeu foi por longo tempo discutida e graças aos trabalhos de Kussmaul, Brostowe, Soltmann seguidos dos de Duret, Semon, Horsley e Krause, admittiu-se que a presença de um centro collocado no gyrus prefrontalis do cão e fruindo uma acção bilateral cuja excitação de um centro só, traz simples modificação das duas cordas vocaes.

Em 1876 Charcot e Pitres, depois de analysarem um grande numero de observações localisam na região inferior da frontal ascendente o centro para os movimentos da parte inferior da face. Em 1884. Raymond e Artaud, cheios de enthusiasmo, collocam por traz do centro da aphonia o centro cortical dos movimentos que se acham sob a dependencia do Hypoglosso. Lepine localisa na mesma região o

centro dos movimentos mastigadores. Andral e Durand Faldel, foram os primeiros a assignalar a aphonia em certos casos de lesões cerebraes, facto curioso e manifestamente interessante, verificado tambem em a nossa observação primeira.

Magnus, na celebre observação reproduzida por Lepine em a sua memoria de 1877, diz que o seu doente não era completamente aphono, mas que possuia sons desarticulados e que lhe era impossivel elevar ou baixar a tonalidade.

Em 1885 surge a these de Rebillart; depois as duas interessantes observações de Garel e Dor que permittem a estes auctores localisar na parte externa do joêlho da capsula interna as fibras que transmittem ao bulbo a innervação cerebral destinada ao larynge.

Para taes auctores, existiria no feixe geniculado de Brissaud um feixe motor, laryngeu, independente do feixe do Hypoglosso e cuja origem cortical, se acharia no pé da terceira frontal e no sulco que separa esta cicumvolução da frontal ascendente.

O centro cortical laryngeu, tendo uma acção crusada, a sua destruição acarreta a paralysia da corda vocal do lado opposto.

Conforme o que precede, diremos, pois que ha no cortex cerebral de cada hemispherio centros dispostos a fornecer o influxo nervoso aos nucleos bulbares, e que a des-

truicção d'elles, privando o bulbo da excitação cerebral, traz por consequencia a paralysia dos nucleos que se acham sob a sua dependencia.

Quando a lesão é unilateral, os musculos do lado opposto são os unicos paralysados e ha hemiparalysia pseudo-bulbar.

Quando porém a lesão é dupla, a paralysia tambem o é e provoca um syndroma bulbar avisinhando-se muito, sob o ponto de vista clinico, da verdadeira paralysia bulbar. Conforme diz Halipré, é extremamente excepcional realisar-se na clinica esta lesão bilateral limitada ás unicas regiões corticaes que sustentam o funccionamento do bulbo e os casos puros de paralysia pseudo-bulbar por lesões corticaes bilateraes.

A verdadeira interpretação das lesões centraes não é facil, e a anatomia pathologica nos ensina que em um certo numero de casos de syndroma pseudo-bulbar bem estudados, o putamen e o nucleo caudado eram os unicos interessados. Duas grandes hypotheses levantam-se: a primeira sustentada por Nothnagel e Ross, na qual uma lesão do nucleo lenticular não teria nenhuma importancia e só actuaria por lesão directa ou por compressão da capsula interna; a segunda, pontifica a questão dos centros reflexos sub-corticaes.

***

A solução d'este problema dorme nos factos que se seguem.

Meynert descreveu relações intrinsecas dos nucleos lenticular e caudado com o cortex, admittindo que os feixes que partem da região fronto-parietal chegam ás cellulas do nucleo lenticular por via da capsula interna. Wernicke e outros refutam mais tarde esta idéa, ao menos para o nucleo caudado e o seguimento externo do nucleo lenticular.

Kowaleski declara experimentalmente que nos animaes ao certo, os feixes em discussão não se limitam a atravessar os nucleos cinzentos.

Bianchi e Algeri provocam após uma destruição do cortex no cão feixes degenerados que se diffundem nos nucleos caudado e lenticular.

Obersteiner pensa que «se deve crer qué as grandes massas cinzentas do putamen e nucleo caudado, estejam ligadas da mesma forma que todas as partes do cortex com outras regiões por fibras de associação.» Quanto a anse do nucleo lenticular, é bem possivel que seja constituida por fibras residentes no putamen e no nucleo caudado. Para nós os nucleos cinzentos não estão isolados, estão em relação com regiões determinadas do cortex, emittindo

fibras que por via da capsula interna ou na anse do nucleo lenticular, se dirigem aos pedunculos e á protuberancia.

A physiologia experimental dos nucleos cinzentos centraes poucos resultados tem dado até estes ultimos tempos.

Apreciemos Nothnagel, provocando a somnolencia e a perda dos movimentos voluntarios no coêlho, demolindo os nucleos lenticulares.

As experiencias emprehendidas por M. Laborde deram resultados comparaveis; mas, em presença das difficuldades da experimentação, Carville e Duret promulgaram duvidas concernente a natureza dos phenomenos comprovados por Nothnagel, e opinaram, que os factos revelados pelo sabio experimentador, se relacionavam ás lezões capsulares.

Bechterew, excitando os departamentos basilares do cerebro por meio de electrodos na camada optica—(Seppülgelmasse) produzio movimentos de deglutição.

Apparece de novo Rethi, encontrando no coelho, um centro coordenador para o acto de ingerir (Fürdasfressen) em ou sob a camada optica (Imoder unter dem Thalamus opticus).

Bechterew diz, que a distruição deste centro e a excitação dos feixes que vivem no pedunculo cerebral, ministram contracções isoladas dos musculos da mastigação sem movimentos coordenados.

A Physiologia experimental que até agora só dera

resultados discutiveis para as funcções dos nucleos lenticular e caudado, autorisou o professor Bechterew a localisar na camada optica o centro dos movimentos da deglutição.

Entre o cortex cinzento que pensa e o bulbo que transmitte aos musculos as ordens recebidas, existem, no trajecto dos conductores nervosos cerebro-bulbares, centros intermediarios residentes nos nucleos cinzentos centraes.

Na aurora da vida, quando o bulbo parece desempenhar uma autonomia mais ou menos completa, o cerebro incapaz ainda de realizar o pensamento, não se compraz em intervir nos actos reflexos bulbares.

Quando, porem, mais tarde as circumvoluções se desenvolvem, os neuronios emittem prolongamentos que entram em connexão com os dos neuronios bulbares, a intelligencia desperta e o cerebro começa a exercer uma acção de vigilancia sobre as cousas que se passavam primitivamente fora da sua dependencia, desautorando o bulbo da sua forte autonomia que deve agora contar com os centros superiores.

Esta ingerencia do cerebro não se executa de um modo continuo sem que a influencia psychica exista sem interrupção, tanto para os actos bulbares como para os medul-

lares, intervindo então na escala dos centros o factôr psycho-reflexo.

E' lá, nas colonias ganglionares centraes, sob a vigilia immediata do cerebro que se cream centros funccionaes destinados a desembaraçar o cortex cinzento de uma parte do seu pesado trabalho.

Estes centros automaticos, collocados entre os centros reflexos e os voluntarios, agem sob a direcção do cortex, recebendo a impulsão primeira e transmittindo o acto coordenado ás cellulas bulbares.

Para os centros psycho-reflexos convergem os conductores que partidos de pontos mais ou menos afastados da casca cinzenta, conduzem as ordens do cortex, originando de outro lado feixes que se terminam no bulbo.

Uma lesão destruindo os centros de impressão e situada na casca, ou em o seu feixe de projecção, resulta de uma alteração na excitação do centro reflexo sub-cortical, tendo por consequencia uma paralysia completa si todos os centros de impressão forem desmoronados. Mas, como estes centros são bastante afastados uns dos outros, é rarissimo que todos sejam attingidos simultaneamente e a paralysia pseudo-bulbar de origem cortical é habitualmente frusta.

Nas lezões bilateraes do putamen, uma alteração pouco extensa do centro reflexo, para onde se dirigem os condu-

ctores, realisa muitas vezes uma paralysia pseudo-bulbar bastante accentuada.

Bem assim a destruição dos nucleos lenticulares, as lezões da região sub-optica, algumas partes dos pedunculos ou da protuberancia, inhibindo o acto coordenado nos centros reflexos de se propagarem ao bulbo, concluem tambem o syndroma pseudo-bulbar.

# CONCLUSÃO

Incontestavelmente é a paralysia pseudo-bulbar de capitalissima importancia, quer sob o ponto de vista clinico quer ainda sob o ponto de vista da medicina forense.

A maioria dos neuro-pathologistas de sabios entendimentos, affirma a existencia de uma forma exclusivamente cerebral. A destruição dos centros psycho-reflexos e de suas vias afferentes ou efferentes, provoca por consequencia esse tão interessante syndroma.

Assim comprehendida, é a paralysia pseudo-bulbar uma affecção especial e essencialmente caracterisada pela abolição dos actos psycho-reflexos elaborados nos nucleos cinzentos sub-corticaes.

Uma lesão unilateral limitada nos centros reflexos de um hemispherio só produz uma paralysia pseudo-bulbar leve ou passageira, porque em cada hemispherio os nucleos cinzentos, podem perfeitamente assegurar o funccionalismo das duas metades do bulbo.

A grande frequencia das lesões do nucleo lenticular é todavia explicavel pela disposição das arterias estriadas externas que perfuram o putamen ou contornam-no para chegar á capsula interna.

Dir-se-ia que um fóco de amollecimento, attingindo esta capsula, occuparia pois em grande parte o corpo striado.

No ponto de vista anatomico, as lesões são ora corticaes ora centraes.

As lesões corticaes dependem dos ramos collateraes da sylviana, sendo porem as centraes dependentes das arterias perfurantes, sobretudo das anteriores.

São estas as lesões essenciaes e que fazem da paralysia pseudo-bulbar uma affecção tributaria da arteria sylviana.

# BIBLIOGRAPHIA


Lepine. Rev. mens., 1872, p. 469.

Halipré Th. de Paris, 1894.

Comte. Th. de Paris, 1900.

Boulay. Gaz. des hospit., 25 Juillet 1891.

Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses, 1899, p. 330.

Grasset. Semaine medicale 1906.

Grasset. Anatomie clinique des centres nerveux-1902.

Grasset. — Diagnostic des meladies de l'encephale-1901.

Grasset et Rauzier—Traité pratique des maladies du systeme nerveux — 1894, t. 1.º

Raymond. Leçons sur les maladies du systeme nerveux 1906.

Bouchard. — Traité de pathologie generale. — 1901 — 5.º V.

Bechterew. — anatomie du systéme nerveux — 1900.

Fournier. Syphilis du cerveau, p. 493.

Gibert Ballet.—Sem. med., 1894.

Testut. — Traité d'anatomie hnmaine — 1903-1906, t. 2º.

Dejerine. — Anatomie des centres nerveux — 1901-1906.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 1905, 2ª. v.

Le Monde Médical—5 de Juin — 1906.

Revue Neurologique — n. 8, 1906.

Charcot—Œuvres completes. t, 3. p. 433.

Morat et Doyon — Physiologie humaine.

Girbert Ballet — Traité de pathologie mentale — 1906.

Nothnagel. — Maladies de l'encephale.

Debove et Achard — Manuel de médicin — t. 2. 1905.

Dejerine. Des paralysies pseudo-bulbaires. Méd. moderne, Juillet 1899.

# PROPOSIÇÕES

## HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Os vermes são animaes ordinariamente parasitarios.

II

Todos elles são de origem aquatica.

III

Certos vermes podem por sua acção pathogena simular a paralysia pseudo-bulbar.

## CHIMICA MEDICA

I

O ferro é empregado em medicina desde a mais remota antiguidade.

II

Este corpo é bastante espalhado na natureza sob diversas formas.

III

Elle tem sido empregado nos casos de cachexia da paralysia pseudo-bulbar.

## ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Os nucleos lenticulares são irrigados pelas arterias estriadas interna e externa.

S.

II

As arterias estriadas provêm da cerebral media e da sylviana.

III

A sua abliteração é causa frequente da paralysia pseudo-bulbar.

## HISTOLOGIA

I

Não existe fibra nervosa livre ou independente.

II

Toda fibra nua ou myelinica, é a continuação do prolongamento de Deiter's, tambem chamado axono ou neurito.

III

Toda a cellula nasce e fica independente de suas semelhantes.

## PHYSIOLOGIA

I

A frequencia das respirações, varia segundo as especies, segundo a idade e as condições physiologicas.

II

O rythmo respiratorio normal é regular: as inspirações, se succedem por intervallos regulares e apresentam uma amplitude normal.

III

A respiração periodica é muito frequente no syndroma pseudo-bulbar.

## BACTEREOLOGIA

I

A pesquiza do hematosoario no sangue periferico pode ser executada a qualquer momento.

II

Quando se quer procurar os hematosoarios de Laveran após a morte, é mister tirar o sangue na veia splenica ou nas veias cerebraes se se trata de um accesso pernicioso.

III

O cerebro é a séde de uma coloração caracteristica devida ao pigmento melanico.

## MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Prepara-se o iodureto de potassio decompondo o iodureto ferroso pelo carbonato de potassio.

II

Pode-se tambem preparal-o aquecendo o iodo com carbonato de potassio e ajuntando iodo pouco a pouco até que a coloração desappareça.

III

O seu emprego no syndroma pseudo-bulbar é de grande vantagem.

## ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

As lesões constatadas na paralysia pseudo-bulbar

são da mesma natureza que as que produzem a hemiplegia vulgar.

II

Estas lesões são ou hemorrhagias ou amollecimentos.

III

Muitissimas vezes o amollecimento é incriminado e depende de uma thrombose.

## PATHOLOGIA MEDICA

I

A paralysia pseudo-bulbar é um syndroma psychopathico.

II

Seu factor primordial é a arterio-sclerose.

III

O seu caracteristico está nas alterações do cortex e dos nucleos centraes.

## PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Traumatismos são lesões produzidas accidentalmente, de um modo instantaneo por agentes mechanicos.

II

Só ha contusão quando os tecidos lesados são cobertos pelos tegumentos mais ou menos alterados, não offerecendo solução de continuidade.

III

As lesões traumaticas produzem o syndroma pseudo-bulbar.

## OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A sympathectomia cervical é a resecção parcial ou total de um ou dos dous cordões do grande sympathico na região cervical.

II

Ella foi empregada pela primeira vez no tratamento da epilepsia essencial por W. Alexander.

III

Hoje o seu emprego parece não ter importancia.

## ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A substancia cinzenta central, é disposta sob forma de damas e constitue os nucleos cinzentos centraes ou ganglios encephalicos.

II

A região d'estes nucleos tem sido o objecto, nesses ultimos tempos de trabalhos numerosos e ainda ha pouco vulgarisados.

III

A alteração d'estes nucleos trazem como consequencia a paralysia pseudo-bulbar.

## THERAPEUTICA

I

O tratamento mercurial exerce uma influencia preventiva no periodo terciario da syphilis.

II

Elle é o preventivo por excellencia da herança sy-

philitica, pois segundo a estatistica de Fournier, a mortalidade infantil se eleva de 82 °/₀, no campo dos individuos não tratados.

III

O emprego dos saes mercuriaes tem sido preconisado com vantagem na paralysia pseudo-bulbar.

## OBSTETRICIA

I

De todas as apresentações as peiores são as do tronco e da espadua, porque é preciso recorrer a uma operação chamada versão.

II

O diagnostico d'essas apresentações é do mais alto interesse pratico porque é em geral possivel corrigil-as antes do parto.

III

Os phenomenos de compressão soffridos pela cabeça do féto no momento do parto podem originar a paralysia pseudo-bulbar.

## HYGIENE

I

A agua é para o homem no ponto de vista physiologico da mais alta importancia.

II

Ella varia muito no organismo conforme a idade.

III

O embryão contem uma grandissima quantidade d'agua, de modo que se pode dizer que ella é a expressão da mocidade.

## MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

A medicina publica é a reunião dos axiomas medicos e administrativos.

II

E' a parte da medicina que esclarece a sciencia do direito.

III

O pseudo-bulbar é irresponsavel sob o ponto de vista da medicina forense.

## CLINICA PROPEDEUTICA

I

O ruido de galope é um signal de fraqueza cardiaca *signum malis omnis)* consecutivo a falta de synergia da actividade ventricular.

II

A forma mais frequente do ruido de galope é a forma presystolica.

III

Certas cardiopathias teem sido incriminadas como causa da paralysia pseudo-bulbar.

## CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A heredo syphilis é um elemento de grande valor na producção da paralysia pseudo-bulbar.

II

As suas lesões se assestam em todo territorio cerebral, sendo mais frequentes nas arterias do mesmo.

III

Conforme a região em que pedromina a lesão a paralysia terá essa ou aquella denominação.

## CLINICA CIRURGICA

2.ª CADEIRA

I

Chama-se thromboses, as coagulações sanguineas que se produzem no interior dos vasos.

II

A thrombose, é o facto essencial da *phlebite obliterante*.

III

D'este processo thrombosico pode resultar o symdroma pseudo-bulbar.

## CLINICA MEDICA

(2.ª CADEIRA)

I

A albuminuria nem sempre caracterisa a nephrite.

II

Ella é encontrada em pequena quantidade nas nephrites intersticiaes.

III

Tem-se tambem observado a sua existencia na paralysia pseudo-bulbar.

## CLINICA PEDIATRICA

I

As crianças são tambem predispostas ao syndroma pseudo-bulbar.

II

Os principaes factores etiopathogenicos nestes casos são as compressões uterinas, os traumatismos e a heredo-syphilis.

III

O primeiro caso de paralysia congenita foi assignalado por Oppenheim.

## CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A atrophia dos nervos opticos produzem perturbações da vista.

II

Estas perturbações se reduzem, ora a uma fraqueza gradual, ora a uma cegueira completa.

III

A myosis segundo Halipré, existe na paralysia pseudo-bulbar.

## CLINICA CIRURGICA
### (1.ª CADEIRA)

I

Traumatismos são desordens produzidas accidentalmente, de modo instantaneo, por agentes mechanicos, cuja acção vulnerante é superior a resistencia dos tecidos que encontram.

II

Só ha contusão quando os tecidos lesados são co-
s.

bertos pelos tegumentos, não offerecendo solução de continuidade.

III

Os traumatismos são causas constantes da producção do syndroma pseudo-bulbar.

## CLINICA MEDICA

### (1.ª CADEIRA)

I

A paralysia pseudo-bulbar, traduz-se pela hemiplegia, face chorosa e a marcha em passos curtos (*petits pas*).

II

Ella é uma affecção da idade adulta, tendo sido tambem observada na criança.

III

Tem grande importancia não só no ponto de vista clinico, mas ainda sob o ponto de vista medico-legal.

## CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

O abôrto é a consequencia de uma má concepção.

II

Entre as causas que provocam o abôrto, salienta-se o alcoolismo.

III

A retenção placentaria é a caracteristica do abôrto fetal.

## CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A terceira circumvolução frontal esquerda não gosa nenhum papel especial na funcção da linguagem.

II

A aphasia de Broca, não é outra cousa sinão uma anarthria complicada de aphasia.

III

O unico territorio cerebral, cuja lesão produz a aphasia, é o territorio chamado de Wernicke (*gyrus supra marginalis dobra curva e pés das duas primeiras temporaes).*

*Visto.*

*Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1906.*

O Secretario

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES